№ 5. WARSZAWA, MAJ 1936 ROK VIII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. Med. A. KICIŃSKI.

KLINIKA LEKKICH USZKODZEŃ TRZUSTKI.

Ostre i przewlekłe schorzenia trzustki nawet w swych klasycznych postaciach, nastręczają nierzadko poważne trudności rozpoznawcze i różnicowo rozpoznawcze. Wspomnę tu o ostrej martwicy i pierwotnym raku trzustki. Bez porównania jednak znacznie trudniej przedstawia się sprawa z lekkiemi zaburzeniami czynności trzustki niezależnie zresztą od powodującego je tła anatomicznego Zgóry zaznaczyć należy, że wyrażenie „lekkie" zaburzenia trzustki stanowią tu raczej pojęcie kliniczne nic nie mówiące o jakości i stopniu nasilenia sprawy anatomicznej.

Brocq i Miginac zestawili z piśmiennictwa 176 przypadków przewlekłego zapalenia trzustki poddanych zabiegowi operacyjnemu. Zaledwie w 8% przed operacją podejrzewano sprawę trzustkową, w 29% operowano bez rozpoznania, a w pozostałych przypadkach z rozpoznaniem błędnem (wg. *Grotta*). Nie budzi więc zdziwienie zdanie *Osera*, że przeważną większość przypadków przewlekłego zapalenia trzustki rozpoznaje się dopiero przy badaniu pośmiertnem.

Grott przyczynę tego stanu rzeczy upatruje: 1⁰ w głębokiem ułożeniu trzustki w jamie brzusznej, utrudniającą obmacywanie tego narządu, 2⁰ w trudnym do rozbioru zespole objawowym 3⁰ w braku pewnych danych pracownianych dla rozpoznawania początkowych okresów schorzeń trzustki.

Położenie trzustki i jego stosunek do narządów sąsiadujących, a przedewszystkiem łączność przewodu *Wirsunga* w obrębie dwunastnicy ze wspólnym przewodem żółciowym i początkowym odcinkiem jelit warunkuje często możliwość wstępującego zakażenia z wszelkiemi jego następstwami. Pozatem jak każdy inny narząd również i trzustka, także narażona jest na zadziałanie zakażenia wzgl. zatruć na drodze krwiopochodnej czy chłonnej.

Te krótkie już uwagi wskazują dowodnie, że schorzenia trzustki, zwłaszcza przewlekłe, stanowią sprawy znacznie częstsze niż je notuje klinika.

Przystępując do strony ściśle klinicznej omawianego zagadnienia, należałoby się zastanowić jeszcze nad mianownictwem tych lekkich wzgl wczesnych okresów schorzeń trzustki. Ze względu, że szereg tych uszkodzień trzustki o różnem podłożu etjologicznem i morfologicznem przejawia się analogicznymi objawami, z drugiej zaś strony brak przekonywujących kryterjów dla oceny jakości procesu anatomicznego, odnosi się wrażenie, że najodpowiedniejszem pojęciem będzie tu *pancreopathia levis*. Nazwa ta zapożyczona przez *Bergera* od szkoły *Bergmanna* nie przesadza zupełnie tła anatomo-patalogicznego sprawy chorobowej, a dla celów klinicznych zdaje się być wystarczająca, przynajmniej dla tych przypadków, które inaczej rozpoznać się nie dają.

Niewątpliwie jednak tło anatomo-patologiczne znakomitej większości pankreopatyj będą stanowić odosobnione lub skojarzone procesy samotrawienia, zapalne, marskie i zanikowe trzustki.

W żadnej może dziedzinie medycyny wewnętrznej nie jest tak niezbędne pewne „nastawienie“ kliniczne jak w schorzeniach trzustkowych. Nastawienie to pozwoli na skrupulatniejsze doszukiwanie się w wywiadzie tych czynników przyczynowych, które na mocy doświadczenia doprowadzają do uszkodzenia trzustki A etjologja jest tu bardzo bogata.

Bezwarunkowo największe znaczenie mają uprzednio przebyte schorzenia trzustki, stwierdzone, czy to przygodnie podczas operacji żołądka lub dróg żółciowych czy też na podstawie ścisłego spostrzegania klinicznego. *Clairmont* i *Doberer* podkreślają rolę urazów okolicy nadbrzusza, zwłaszcza na szczycie trawienia oraz zabiegów operacyjnych w tymże terenie dokonanych. *Grott* zestawia opinję szeregu autorów *(Weichselbaum, Lissauer)*, opartą na badaniach sekcyjnych, że przewlekle zatrucie wyskokiem znacznie częściej uszkadza trzustkę niżli wywołuje marskość wątroby. Z ostrych chorób zakaźnych ogólnie znany jest organotropowy wpływ nagminnego zapalenia przyusznicy. Cały szereg innych chorób zakaźnych może odegrać rolę przyczynową. Opisano szereg schorzeń trzustki, powstałych w następstwie zapalenia migdałków, płonicy, duru brzusznego, czerwonki, zimnicy, grypy, choroby *Banga* i t. p. Z przewlekłych zakażeń na pierwszem miejscu należy wymienić kiłę, zwłaszcza wrodzoną, rzadziej gruźlicę i ziarnicę złośliwą. Schorzenia układu naczyniowego jak kurcze naczyniowe, zatory, wylewy krwawe, miażdżyca i t .d. mogą doprowadzić do uszkodzenia trzustki. Rola usposobienia do tych schorzeń jest zrozumiała sama przez się. Rozliczne schorzenia narządów sąsiadujących, również muszą być brane pod uwagę. *Berger* poczytuje wprost za błąd sztuki nie uwzględniania w uszko-

dzeniach trzustki znaczenia schorzeń dróg żółciowych. Wg. tegoż autora, nie stanowi przesady zdanie *Katscha,* że wszyscy prawie chorzy ze sprawami dróg żółciowych zapadają z czasem na schorzenia trzustki.

Krąg podejrzeń, odnośnie do możliwości uszkodzenia trzustki zacieśni się jeszcze tem więcej jeśli można ustalić pewne objawy nietylko trawiennej, ale nawet ogólnej natury.

Objawy ogólne, jak niewytłumaczalny spadek wagi, utrata sił, niedokrwistość, stany podgorączkowe mogą stanowić następstwo schorzenia trzustkowego.

Niemniej trudne do oceny są zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Kładzie się je zwykle na karb nieżytu i bezsoczności żołądka, zespołu Roemhelda, czy też poczynającej się marskości wątroby.

Bardziej zdecydowanie wskazują już na trzustkę następujące objawy: brak tolerancji na tłuszcze, bóle po pokarmach, zawierających tłuszcze, ślinotok, wilczy głód oraz zmiany barwikowe skóry.

Bezpośrednio uwagę na trzustkę zwraca t. zw. ból trzustkowy, dokładnie opisany przez *Ortnera, R. Schmidta i Katscha.* Ten ostatni nadaje mu nie mniejsze znaczenie niż najdokładniejszym badaniom pracownianym.

Ból trzustkowy stanowi ogólnie mówiąc jakby lustrzane odbicie bólów wątrobowych. Punkt wyjściowy bólu odczuwany jest w głębi nadbrzusza, skąd rozchodzi się w lewo, promieniując do podżebrza i lewej łopatki nierzadko jednak i ku dołowi. Napad bólowy występuje szczególnie po obfitych, tłustych posiłkach i nadużyciu napojów wyskokowych. Natężenie bólów może przedstawiać skalę o b. dużej rozpiętości od uczucia gniecenia do rozdzierających bólów, przypominających przedziurawienie.

Wg. *Bergera* skojarzenie: stosowna etjologja + ból opisanego typu, czyni wielce prawdopodobnem rozpoznanie schorzenia trzustki.

Najważniejsze dane, które może dostarczyć fizyczne badanie trzustki, stanowią wymacanie trzustki i pasy przeczulicy Heada, ciągnące się od wyrostka kolczystego X, XI i XII kręgu wzdłuż żeber ku linji środkowej.

Guinard, Clairmont i Katsch bodaj pierwsi opisali występowanie lewostronnego zapalenia opłucny, w przebiegu schorzeń trzustkowych.

Stolce są przeważnie b. obfite, maziste, raczej nieuformowane i mogą zawierać już makroskopowo niestrawione włókna mięsne. Zwykle jednak dopiero badanie drobnowidowe pozwala na stwierdzenie upośledzonego trawienia tłuszczów i włókien mięsnych w postaci tłuszczu obojętnego i zachowanego prążkowania poprzecznego włókien mięsnych

Najczulsze wyniki dają jednak dopiero dokładniejsze badania pracowniane, dotyczące zachowania się wydzielania zewnętrznego i wewnętrznego trzustki (określanie zaczynów soku trzustkowego w treści dwunastniczej i kale, diastazy sposobem *Wohlgemutha* we krwi i moczu oraz oznaczenie poziomu cukru we krwi naczczo i po obarczeniu).

Dr. M. SACHSÓWNA.

OBJAWY TOKSYCZNE DOŻYLNEJ TERAPJI WAPNIOWEJ.*)

Zespół objawów, o którym będzie mowa, był przedmiotem obserwacyj wielu autorów. Objawy te dadzą się podzielić na kilka zasadniczych typów, różnych — zarówno co do swoistego charakteru, jak i czasu występowania, licząc, począwszy od zastrzyku dożylnego. Omówione będą oczywiście objawy najważniejsze, z pośród najbardziej znanych, występujące w niektórych wypadkach odrazu, lub nawet przedwcześnie, w innych — później, w jeszcze innych zaś — w czasie pośrednim. Objawy przedwczesne, lub początkowe występują w czasie samego zastrzyku dożylnego, często nawet przed jego ukończeniem. W odróżnieniu od nich, objawy nazwane „późnemi", występują regularnie po dłuższym czasie po zastrzyku. Wreszcie należy wspomnieć o przypadkach, w których leczenie wapniem odbywa się przez dłuższy okres czasu; będzie wówczas mowa, o stanie „nasycenia" wapniowego.

Opis poszczególnych zespołów objawów:

A) *Zespół przedwczesny* — najbardziej charakterystyczne objawy dzielą się na: subjektywne i objektywne.

W trakcie samego zastrzyku pacjent odczuwa przykry stan gorąca, które rozchodząc się od nakłutej żyły, lokalizuje się w uszach, gardle, odbycie, a wreszcie rozlewa się po całym organiźmie w postaci nieznośnego żaru. Stanowi temu towarzyszy często uczucie ściskania w gardle i mdłości. Jednocześnie, można objektywnie stwierdzić czerwienie szyi i twarzy pacjenta, oraz nieznaczne zwolnienie tętna. Do tego dołącza się często silne występowanie potu. Obserwacja kliniczną wykazuje możliwość adaptacji, lub przyzwyczajenia, pojawiającego się w miarę powtarzania zabiegu. Prowadzi to do zaniku wyżej opisanych, subjektywnych objawów. Nie brak jednakże obserwacyj wręcz przeciwnych, stwierdzających u niektórych osobników absolutną nietolerancję, w stosunku do wapniowej terapji dożylnej. Przeciętny czas trwania zespołu objawów jest b. krótki; znikają one po kilku minutach, w większości przypadków nie pozostawiając po sobie żadnych śladów.

---

*) Opr: głównie na podstawie prac G. Coronedi i G. Guidi.

Opisany zespół, występuje najczęściej u osobników młodych, szczególnie zaś u kobiet. Niektóre stany chorobowe nadają mu charakter specjalny, istota objawów jednak, nie ulega zmianie. Opisane są np. objawy hipotonji, i zmniejszenia wydolności mięśnia sercowego, u osób cierpiących na astmę bronchialną z rozedmą płuc. Zdarzają się wypadki przerwania zastrzyku przez lekarza, z powodu pojawiających się objawów zapaści (bladość, sinica, duszność i słabo wyczuwalne tętno).

U pewnej pacjentki, leczonej preparatem wapnia, połączonym ze związkiem organicznym, wystąpiły natychmiast po zastrzyku: słabo wyczuwalne tętno, poczucie zbliżającej się śmierci, sinica, zaburzenia wzrokowe, duszność.

Objawy te trwały około godziny, w czasie której stosowano chorej zastrzyki z adrenaliny i środków nasercowych. Pacjentka, która dotychczas czuła się dobrze, od tego dnia miała często dreszcze, i zwiększenie dolegliwości ze strony dróg oddechowych; po miesiącu zmarła. Podobny przypadek miał miejsce w tym samym szpitalu na innym oddziale. W innym wreszcie przypadku, bardzo interesującym, — podczas samego zastrzyku dożylnego, objawy wyżej opisane, zamieniły się w alarmującą, szybką śmierć zwiastujące objawy, ze strony serca utrwalone dla celów naukowych na elektrokardiogramie (Llyod).

Reasumując: zespół typu przedwczesnego, charakteryzujący się wyżej wymienionemi objawami subjektywnemi i objektywnemi, występującemi w większości przypadków, znika bez śladu i pozwala na kontynuowanie dożylnej terapji wapniowej. Wyjątki zdarzają się b. rzadko i naogół nie zmniejszają wartości, uznanej klinicznie i szeroko stosowanej kuracji.

B) *Zespół późny.* — Tak nazwany zespół objawów, występuje rzadziej, niż poprzednio opisany. Występuje, według danych włoskiego Instytutu Medycznego — w 4 przypadkach, na 1000. Ma się tu do czynienia z charakterystycznem zjawiskiem, szeroko i różnorodnie komentowanem przez różnych autorów. Jedno z sanatorjów podaje, że na 40 dożylnych zastrzyków preparatu wapniowego, dokonanych tego samego dnia, zespół objawów wystąpił w 30 przypadkach. W szpitalu we Florencji na 7 identycznie wykonanych zastrzyków, sześć razy zaobserwowano omawiany zespół.

Czas występowania tych objawów, waha się od 30 minut do 3 godzin, od chwili wykonania zastrzyku. Tylko wyjątkowo zespół objawów występuje po upływie krótszego czasu, np. po 10 minutach. Średni czas wynosi około 2 godzin, choć często przedłuża się do 4, a czasem nawet jeszcze dłużej. Zespół rozpoczyna się gwałtownym dreszczem, któremu towarzyszy tężec mięśniowy oraz silne uczucie zdenerwowania i niepokoju. Temperatura pacjenta wzrasta przytem do 38.5° — 40° Jednocześ-



Veraxin

„Ap. Kowalski"

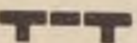
PREPARAT NIEZBĘDNY W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Wybitne analgeticum i antineuralgicum



Proszek do receptury

Tabletki po 0,4 g.
w rurkach po 10 i 20 szt.



Literaturę i próby wysyła P. P. LEKARZOM

DZIAŁ NAUKOWY FABRYKI CHEM. FARM.

„Ap. KOWALSKI"

Warszawa, ul. Grzybowska 43

nie zjawia się ból głowy w okolicy czołowej oraz bóle mięśniowe w odcinku lędźwiowym. Słabo wyczuwalne, przyśpieszone tętno, tachypnoe, któremu często towarzyszy sinica. Jako objawy wyjątkowe występują: białkomocz nieznanego stopnia i ustanie perjodu.

Wśród obserwowanych przypadków, nie brak również i takich, które kończą się śmiercią. Tinunauzi twierdzi, że „każdy lekarz ma w swojej praktyce przypadek zespołu śmiertelnego“ kiedy nawet i sekcja nie wyjaśnia przyczyn. Ten sam autor, badając genezę zespołu, zwraca uwagę na wpływ jaki mogą mieć na jego występowanie procesy chorobowe układu sercowonaczyniowego i jego unerwienia. Kwestja ta jeszcze później będzie rozpatrywana. Na zakończenie należy zaznaczyć, że wytłomaczenie intuicyjne tego zjawiska polega na porównaniu go z „crise coloidoclase“, „hémoclase“ i szokiem anafilaktycznym. Obserwacje kliniczne dostarczyły ostatnio szereg danych, o charakterze czysto doświadczalnym, o których będzie mowa w rozdziale następnym, poświęconemu interpretacji mechanizmu fizjo-patogenetycznego zespołu objawów, występującego przy dożylnej terapji wapniowej. Można ustalić pewien związek pomiędzy zespołem późnym, a wstrzykniętą ilością preparatu: im dawka jest wyższa, tem szybciej zespół objawów występuje.

Adaptacja ze strony organizmu nie wydaje się tu możliwą w miarę powtarzania zastrzyków, jak to miało miejsce przy zespole wczesnym. Spotyka się natomiast często reakcję w postaci prawdziwej idjosynkrazji. Zdarza się to nawet przy dawkach b. małych. Istnieje również możliwość występowania zespołu u tego samego osobnika nie po każdym zastrzyku, lecz co kilka dni, lub w innych równych odstępach czasu.

C) *Zespół „nasycenia“.* — Zespół ten, jak już wspomniano występuje tylko wówczas, gdy leczenie jest intensywne i długotrwałe. Opis tego zespołu ma na celu wyłącznie ułatwić lekarzowi rozróżnienie podobnych pozornie objawów zatrucia wapniowego. Chodzi tu przedewszystkiem o objawy ze strony układu trawiennego, co pozostaje w ścisłym związku z ogólnym stanem pacjenta, o ile w międzyczasie nie nastąpi poprawa. Ciekawe dane doświadczalne zebrał na ten temat Levent; obserwacje jego dotyczą doustnego podawania chlorku wapnia. Autor streszcza je następująco: „Objawy występujące przy zbyt długiem i intensywnem leczeniu polegają na zaburzeniach żołądkowych, charakterystycznych wymiotach, a częstokroć na stanach astenji.

Fizjopatologja zatrucia wapniem.

Chociaż obserwacje kliniczne rozporządzają już wielką ilością danych ,dotyczących opisywanych zjawisk, wytłomaczenie ich istoty napotyka jeszcze ciągle na wielkie trudności. Doświadczenia robione na zwierzętach nie dały dotychczas jeszcze pożądanych rezultatów. Zostały one

wykonane na zdrowych, dorosłych królikach, o wadze wahającej się od 1 — 2 kg. Do doświadczeń użyto roztworu calcium gluconatum, o koncentracji od 8 — 9%. Zastrzyk wykonano do żyły jarzmowej, połączonej z mianowaną biuretą, dla oznaczenia ilości i szybkości, z jaką płyn został wprowadzony. Otrzymane rezultaty ogólnie przedstawiały się następująco: gdy zastrzyk wykonywany jest szybko, zwierzę znosi bez szkody dość znaczne dawki bardziej stężonego roztworu (np. 2,32 cm. roztworu 8% na kg. wagi ciała). Po zastrzyku zaobserwowano nieznaczny zaledwie spadek temperatury, po którym, po przerwie 12 godzin nastąpił wyraźny, choć niewielki wzrost temperatury. W przeciwieństwie do tego, zastrzyk 3 cm. tego samego roztworu na kg. wagi ciała, wykonany w przeciągu 25 sekund, to znaczy w czasie trzy razy dłuższym od poprzedniego — spowodował wystąpienie zespołu objawów, polegającego na drgawkach mięśniowych, wzmożonej perystaltyce jelit, widocznej przez ścianę brzucha i spadki temperatury z 39° do 34°. Objawy te trwały przez kilka minut i powtarzały się, ilekroć robiono w tych samych warunkach zastrzyk. W kilka godzin po doświadczeniu wydawało się, że królik powracał do normalnego stanu, jednakże po kilku dniach występowała silna biegunka, stan zamroczenia, a po 5 dniach regularnie — śmierć.

Ustalił się pogląd, że wapń, ten metal ziem alkalicznych znajduje się w dużej ilości w związkach chemicznych, wchodzących w skład organizmów żywych, a jako lek wprowadzony doustnie, bywa przez organizm tolerowany nawet w wysokich dawkach. W każdym razie żaden lekarz nie zaliczyłby wapnia do trucizn! Należy więc sprawę zbadać rzeczowo i bez uprzedzeń.

Badając metody fabrykacji calcium gluconatum, stwierdzono, że polegają one na utlenianiu prawoskrętnej glukozy na kwas *(aldonico?)* następnie na utworzeniu soli z otrzymanego kwasu i węglanu wapnia, wreszcie na dokładnem oczyszczeniu otrzymanego produktu. Przypuszczalne zanieczyszczenia należy zaobserwować przy licznych reakcjach dotyczących utleniania, a więc przedewszystkiem przy tworzeniu czerwonego tlenku rtęci, żelazocjanku potasu, a szczególnie bromu, najczęściej używanego. Zanieczyszczenia należy rozpatrzyć z dwojakiego punktu widzenia: chemicznego i farmakologicznego. Ze względu na pierwszy należy zaznaczyć, że produkt zostaje raz starannie oczyszczony z pozostałości po reakcjach utleniania a w postaci soli zostaje ostatecznie oczyszczony dzięki krystalizacji. Czynności te gwarantują zupełną czystość chemiczną produktu, która jest zresztą kilkakrotnie kontrolowana.

Jeśli chodzi o drugi punkt widzenia stwierdzono, że zespół objawów doświadczalny i kliniczny pod wpływem działania biologicznego

soli, nie ma nic wspólnego z działaniem farmakologicznem wyżej opisanych reakcyj i produktów ich przemian.

Badania naukowe wykonane w ciągu 2 ostatnich lat przez Angeletti'ego i Cerruti'ego z Instytutu Farmakologicznego przy uniwersytecie w Rzymie — pozwoliły na otrzymanie produktu dającego się oczyścić w 100% a odpowiadającego jednocześnie wszystkim wymaganiom farmaceutycznym i farmakologicznym. Roztwory calcium gluconatum, przeznaczone do zastrzyków poddawane są sterylizacji i ścisłej kontroli. Objawy o charakterze anafilaktycznym, występujące po zastrzyku mogą być zależne od samego calcium gluconatum, niezależnie od sposobu fabrykacji soli; a przedewszystkiem wykazane zostały dla wszystkich soli wapnia, nie wyłączając chlorku. Ta koncepcja została niedawno potwierdzona przez pracę Javicoli.

Drugą ważną kwestją jest rozpuszczalność calcium gluconatum. W większości wypadków lekarze stosują do zastrzyków dożylnych 10% roztworu wodnego. Chodzi o technikę otrzymywania roztworu w tej koncentracji i o utrzymanie go bez zmian w zwykłych warunkach. Wiadomo, że w temperaturze 20° calcium gluconatum rozpuszcza się zaledwie w 3,30%, proporcji, której daleko do pożądanej!.

Do substancyj chemicznych, zwiększających rozpuszczalność soli wapnia należą: sole metali ciężkich, strychnina, kodeina, a prócz tego absolutnie nieszkodliwe: gliceryna, żelatyna, kwas borny.

Ciekawe jest twierdzenie pewnych autorów, w/g., których zespół objawów spowodowany jest bardziej nieodpowiednią techniką stosowanych metod, niż jakością samego preparatu.

Dane, jakiemi rozporządza fizjologja, farmakologja oraz chemja biologiczna, są jeszcze bardzo niewystarczające dla dokładnego zrozumienia metabolizmu i znaczenia terapeutycznego wapnia; wystarczają jednak aby objektywnie ocenić istotę i patalogję zatruć wywołanych dożylną terapją wapniową. Znaną jest rzeczą, jak nagłe zaburzenie równowagi wapniowej, przez wprowadzenie w krwi obieg znacznej dozy soli tego metalu wywołuje ze strony organizmu specyficzną reakcję, charakterystyczną przez swoje szczególne objawy kliniczne. Zjawisko to opisywane było przez licznych autorów: tak np. Liebermann w swoich doświadczeniach dotyczących działania i wpływu soli wapnia na system oddechowy i krążeniowy — stwierdza, że różnice pomiędzy dawką leczniczą i trującą są niewielkie — stąd też duża możliwość łatwego zatrucia.

Natychmiastowa reakcja, wywołana zaburzeniem równowagi czynnościowej wapnia, spowodowana jest zmianą koncentracji jonów Ca w organizmie. Doświadczenia Kliniki Medycznej w Bonn wykazują wpływ djety u zwierząt stosowanej przy zatruciach wapniem. Ma to na

celu wykazanie patogenezy zatrucia wapniem, szczególnie przy podaniu dożylnem.

Należy nadmienić, że autorowi de Nito udało się przez zmianę PH krwi — otrzymać szereg licznych reakcyj wywołanych działaniem calcium gluconatum, przy zachowaniu innych, niezmiennych warunków doświadczalnych.

Jeśli chodzi o zastosowanie praktyczne dożylnych zastrzyków wapnia, należy oprzeć się na danych zupełnie pewnych, dotyczących jego trującego działania.. Chodzi mianowicie o ustalenie maksymalnych dawek, które może organizm znosić bez szkody. Liczne obserwacje kliniczne i doświadczenia dają naogół rezultaty zgodne ze sobą:

1) Objawy zatrucia wywołane są samym zastrzykiem dożylnym soli wapnia, o stężeniu około 10%, niezależnie od natury soli i preparatu specjalnego, używanego w każdym poszczególnym przypadku.

2) Zespół kliniczny objawów zatrucia wapniem jest co do swej istoty zawsze ten sam, różni się tylko stopniem natężenia.

3) djagnoza jest łatwa, a rokowania naogół dobre, leczenie wymaga jednak stosowania środków pomocniczych.

4) Zatrucie nie zależy od natury chemicznej zastosowanej soli; daje się bowiem również zauważyć przy stosowaniu środków najwyższej jakości chemicznej Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że zatrucia mają swoje źródło w silnem i nagłem zaburzeniu równowagi wapniowej organizmu. Wystąpienie zatrucia wzmaga jeszcze wrodzona skłonność danego organizmu. W czasie samego zastrzyku dożylnego trudno jest więc przewidzieć z całą pewnością wystąpienia zespołu objawów, w wypadku jednak zatrucia należy silnemi środkami podtrzymywać serce.

W celach profilaktycznych czyniono próby stworzenia specjalnego preparatu: nie dały one jednak jak dotąd pozytywnych rezultatów. Należy zatem podejść do zagadnienia z innego punktu widzenia: ulepszyć technikę samego zastrzyku dożylnego soli wapniowych. Przedewszystkiem stosować soli o mniejszem stężeniu niż zwykle, o stężeniu, nie przekraczającem 5%.

Na zakończenie trzeba zaznaczyć, że zespół objawów rzadko występuje regularnie, częściej nieprzewidzianie, często po podaniu preparatu, który przedtem u tego samego pacjenta żadnej reakcji nie wywoływał.

H. R. SCHMIDT V. ELEMENDORFF z kliniki z Düsseldorfu. *O leczeniu rzeżączki u kobiet* (Zentralblatt für Gyn. 25. IV. 1936 r. Nr. 17).

Autorzy z zadowoleniem podają do wiadomości o pomyślnym i szybkim wyleczeniu rzeżączki nowym środkiem „Flavadin" firmy Curta w Berlin - Britz. Środek ten daje szybkie rezultaty przy leczeniu rzeżączki szyjki macicznej, podczas gdy leczenie przetworami srebra, djatermja, dało pomyślne wyniki po wielu tygodniach leczenia zaledwie w ¼ przypadków.

Przy zastosowaniu „Flavadin'u" leczenie trwało przeciętnie 29,5. Najlepszy wynik jaki osiągnięto był 12 dni, najdłuższy czas leczenia nowym środkiem wyniósł 53 dni.

Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

P. ORŁOWSKI. *Możliwości leczenia homoseksualizmu.* (Behandlungsmöglichkeiten der Homosexualität). Die medizinische Welt, Rocznik 10, str. 141, 25. I. 1936 r.

Zapatrywania lekarzy na powstawanie tej choroby są podzielone. Jedni przyjmują czysto somatyczny (cielesny) punkt widzenia, uważając, że każdy człowiek jest mniej lub więcej dwupłciowy, a w przypadkach homoseksualizmu płciowy hormon męski występuje w stopniu niedostatecznym.

Inni lekarze przyjmują wyłącznie duchowy punkt widzenia, uważając każdego homoseksualistę za psychopatę. Lekarz praktyk przy leczeniu winien uwzględnić obydwa stanowiska. Autor odradza przeszczepienie jąder ze względu na przemijające działanie, celowe natomiast jest podawanie męskiego hormonu płciowego np. Androstiny w postaci tabletek lub wstrzykiwań.

Dr. med. W. Kurowski.

———:o:———

HRYNTSCHAK: *Leczenie grużlicy nerek i pęcherza.* (Die Aerztliche Praxis 12 — 1936).

Grużlica układu moczowego bierze początek prawie zawsze od samych nerek, a to drogą krwionośną. Z form, które zajmują obie nerki autor wymienia: nephritis tuberculotoxica i t. b. c. fibrosa. Formą najlepszą w rokowaniu występującą jednostronnie jest t. zw. grużlica ja-

nista lub wrzodziejąca. Nadaje się ona jedynie do zabiegu chirurgicznego.

Co się tyczy pęcherza i moczowodu, zakażenie występuje zawsze wtórnie, biorąc początek ze schorzałej nerki. Autor ostrzega przed zwlekaniem z zabiegiem, albowiem gdy wystąpi porażenie ujścia zdrowego moczowodu i silne skurcze pęcherza, grozi wtedy zakażenie drugiej nerki.

Gdy proces jest obustronny, zabiegu dokonywuje się, gdy jedna nerka jest zupełnie zniszczona. Jest ona dużem obciążeniem dla organizmu względnie dla drugiej nerki ze względu na wydalające się produkty toksyczne. Przed zabiegiem należy dokładnie zbadać płuca, kości a specjalnie narządy płciowe męskie. W przypadku bowiem stwierdzenia w tych ostatnich gruźlicy wskazane są również zabiegi na najądrzach, sterczu, woreczkach nasiennych i t. p. Po zabiegu ważną jest dalsza obserwacja, a w pierwszem rzędzie leczenie gruźlicy pęcherza. Gdy po 2-ch miesiącach owrzodzenia samoistne nie znikną, wskazane są wlewania dopęcherzowe (gomenol, collargol) i płukania najlepiej z rivanolu 1/5000. Doustnie błękit. metylenowy 0,1 przez 5 dni, później przerwa. Gdy infekcja jest mieszana preparaty urotropiny. Przetoki po zabiegu goją się czasami dość szybko, a niektóre do ½ roku, zależnie od stanu moczowodu i stopnia jego zajęcia. Duże zajęcie spowodować może otwarcie całej rany operacyjnej. Przy przetokach wskazanem jest wkraplanie 10% Ag NO_3. Ważnem też jest heljoterapja i leczenie krótkiemi falami Djeta średnia z ograniczeniem potraw mięsnych. Co się tyczy form obustronnych, gdzie zabiegi operacyjne są niewskazane, leczenie daje wyniki mniej świetne. Na pierwszym planie stoi leczenie ogólne. Djeta z ograniczeniem mięsa i soli. Można również spóbować leczenia tuberkuliną i złotem. Z miejscowych środków najlepiej działają wprowadzone drogą pokarmową: błękit metylenowy i alkalizowanie (Na. bicarbonicum i djeta owocowo - jarzynowa). Z uspakajających środków: perparyna, belladonna w czopkach. Przy silnych skurczach pęcherza — morfina lub wszycie moczowodów do brzucha (w rozpaczliwych przypadkach).

Wracając do gruźlicy chirurgicznej, wyniki operacyjne są b. pocieszające. Zakażenie 2-ej nerki, która naogół pełni dobrze funkcje w zastępstwie usuniętej, następuje tylko w 1½% przypadków.

Z przypadków operowanych po 10 latach — 60 czuło się zupełnie dobrze a z nieoperowanych żyło najwyżej 24% i to wśród ciężkich cierpień.

Autor podkreśla jako najważniejsze rozpoznanie gruźlicy układu moczowego i dokładne zbadanie obu nerek.

Dr. M. Landesman.

———:o:———

R. KAISER. (Lekarz Naczelny Oddziału Roentgenowskiego Kliniki Chirurgicznej Szpitala w Magdeburg - Sudenburg.) *Sposób szybkiego wykonywania cholecystografji.* (Wykład na 25 zebraniu Stowarzyszenia Chirurgów Niemiec Środkowych od 5 — 7 lipca 1935 r. w uzdrowisku Kissingen). (Deutsche medizinische Wochenschrift 1935, nr. 46, str. 1836 — 1839).

Autor omawia szczegółowo sposób szybkiego wykonywania cholecystografji. Metoda ta ma wiele zalet, można ją uważać za najodpowiedniejszą. Przygotowanie do badania jest nadzwyczajnie proste. Chory otrzymuje rano o godzinie 7-ej naczczo 2 surowe żółtka, mniej więcej o godzinie 8-ej 0,001 g atropiny podskórnie, lub doustnie: Eupaverini 0,03, Atropin. methylobromati 0,0003 g, Amidopyrini — 0,15 g, Luminali 0,015 g. Po ½ — 1 godzinie wstrzykuje się 3 g. Jod - Tetragnostin Mercka, rozpuszczonego w wodzie i zmieszanego z mniej więcej tą samą ilością 40%-wego roztworu cukru gronowego. Podczas pierwszej godziny po wstrzyknięciu rozpoczyna się badanie roentgenowskie, które powtarza się w krótkich odstępach czasu. Szczególne znaczenie przypisuje się samemu prześwietlaniu, na które dotychczas niestety zbyt mało zwracano uwagi. Autor jeszcze raz zaznacza ogólnie, jak ważne jest prześwietlanie pęcherzyka żółciowego. Prześwietlanie uzupełnia się zdjęciem upatrzonem, które służy do kontroli i utrwalenia obrazu i wypracowania drobnych szczegółów.

———:o:———

R. de QUERVAIN. *Znaczenie jodu w fizjologji i patologji tarczycy.* La Presse Medicale Nr. 32/36 r.

Tarczyca normalna zawiera około 7 — 10 miligr. jodu. Znajduje się on w większej części w istocie koloidowej, zaś w mniejszej w komórkach nabłonkowych tarczycy.

Ilość jodu zależna jest od wieku, płci i różnych stanów patologicznych.

Jod znajduje się w tarczycy pod 3 postaciami:

1) jod nieorganiczny, rozpuszczalny w wodzie, alkoholu i acetonie.

2) jod organiczny ,nierozpuszczalny w alkoholu i acetonie ,rozpuszczalny tylko w wodzie. Związany z albuminami lub jej pochodnemi jak tyroksyna i dijodotyrozyna.

3) jod nierozpuszczalny w wodzie, alkoholu i acetonie i związany z wyściółką komórkową.

Jod dostaje się do organizmu za pośrednictwem spożywanych pokarmów, wody i powietrza wdychanego. Zawartość jodu we krwi jest



w pewnych granicach stała i można mówić o progu zawartości jodu we krwi. Wynosi około 1 milgr. jodu w całej ilości krwi, skórze, mięśniach i mózgu i wydalany jest przez przewód pokarmowy, skórę, płuca i drogą moczu.

Jod, biologicznie czynny, występuje w dijodotyrozynie oraz w tyroksynie. Dijodotyrozyna, połączenie jodu z kwasem aminowym, znajduje się nietylko w tarczycy, ale również w koralach i gąbkach. Nie wywiera ona bezpośrednio wpływu na przemianę podstawową, układ nerwowy i krążenie krwi, działa natomiast osłabiająco na hormon tyreotropowy przysadki i tą drogą poraża czynność tarczycy.

Tyroksyna jest pochodną dijodotyrozyny. Pozbawiona jodu traci swoją moc czynną, która jednakże nie jest proporcjonalna do zawartości jodu.

Autor zastanawia się, czy tyroksyna występuje w narządach i tkankach pod tą postacią chemiczną, którą udaje się wyodrębnić; badania doświadczalne, przemawiają przeciwko temu. Możliwe jest natomiast istnienie w tarczycy innych jeszcze związków jodowych, działających pobudzająco lub hamująco na czynność tarczycy. Autor zastanawia się również, czy tarczyca jest jedynem źródłem wytwarzania czynnych związków jodowych. Uważa iż inne jeszcze narządy i tkanki w organiźmie również mogą je wytwarzać, ale w ilościach tak minimalnych, iż nie odgrywają pod tym względem żadnej roli w fizjologji i patologji ustroju.

Za wytwarzaniem przez tarczycę czynnych związków jodowych, przemawiają próby biologiczne, wykazujące większą ich zawartość we krwi żylnej tarczycy, niż w ogólnym krwiobiegu.

Co się tyczy roli jodu w patologji tarczycy, to działa on leczniczo w wypadkach zwykłego wola endemicznego lub sporadycznego. Działanie jodu tutaj różni się od działania jego w wypadkach kiły, grużlicy czy też promienicy, gdyż w tych ostatnich dochodzi zwykle do całkowitego wyleczenia w obrębie danego ogniska, podczas gdy wole wymaga często ponawiania leczenia niezależnie od wielkości użytej dawki.

Wielkość ta ulega z biegiem czasu wahaniom. Podawano już jod w decigramach, a nawet i w gramach, zaś mniej więcej od 20 lat podaje się w miligramach i częściach miligrama.

Najłatwiej poddaje się leczeniu jodem wole kolloidowe rozlane i guzowate.

Na drugiem miejscu stoi wole miąższowe. które w większości przypadków jest wolem guzowatem. Mechanizm działania jodu jest w obu tych przypadkach różny.

Wole torbielowate, które jest zejściem wola guzowatego jest oporne na działanie jodu.

Jod w wypadku wola zwykłego wywiera najpomyślniejszy skutek przed okresem dojrzewania, po tym okresie działanie jego staje się odwrotnie proporcjonalne od wieku. Jod oprócz działania leczniczego ma również działanie zapobiegawcze. Stosuje się go w tym celu z dobremi rezultatami. Co się tyczy dawki stosowanej, to zależy ona od różnic indywidualnych. W Szwajcarji duży procent ludności przyjmuje stale jod.

Niektórzy autorzy zarzucają metodzie stosowania jodu, iż doprowadzać ona może do powstania choroby Basedowa. Wypadki takie są jednak b. rzadkie. Leczenie jodem w zwykłej chorobie Basedowa przechodziło z biegiem czasu różne fazy: początkowo b. chwalono stosowanie jodu, później ze względu na opisywane przypadki basedowa pojodowego zarzucano je, obecnie podaje się przy wolu z wytrzeszczem w okresie przedoperacyjnym. Toczy się również obecnie dyskusja nad stosowaniem jodu przy gruczolaku złośliwym. Niema jeszcze w tym wypadku zgodności zdań. Tarczyca przy chorobie Basedowa jest b. uboga w jod. Tłomaczy się to tem, że gruczoł stale się opróżnia i zostawia sobie mało zapasów.

Jednakże zawartość jodu we krwi nie jest miarą nasilenia objawów klinicznych.

Przypuszcza się istnienie mechanizmu regulującego przemianę jodową w tarczycy, a więc mechanizmu chormonalnego, którego ośrodek według pewnych autorów ma się znajdować w przysadce.

Oprócz tego istnieje mechanizm współczulny, oraz ostatnio wykazano obecność mechanizmu regulującego wewnątrz tarczycy.

Dr. J. Grodzieńska.

———:o:———

Prof. Dr. PETSCHACHER L. *Pierwsza pomoc w stanach zagrażających życiu pochodzenia nie chirurgicznego.* (Erste Hilfe bei lebensbedrohlichen Zuständen nicht chirurgischer Natur). Wiener medizinische Wo-

chenschrift. Rocznik 86, Nr. 5, str. 117—118, 1 luty n Nr. 6, str. 153 — 155. 8 luty 1936 r.

Autor tak samo jak i *Lamberg* rozróżnia w stanach zagrażających życiu: nagłe schorzenia pochodzenia wewnętrznego i obrażenia. Pierwsze wymagają natychmiastowego leczenia wewnętrznego. W szczególności autor omawia pierwszą pomoc w nagłych przypadkach utraty przytomności, zaburzenia oddychania, krążenia, silnych bólów, krwotoków wewnętrznych, drgawek i szałów. Przy utracie przytomności autor zaleca środki nasercowe ze szczególnem uwzględnieniem koraminy. Tak zwane środki nasercowe są właściwie pobudzające dla centralnego układu nerwowego i działają pobudzająco dla ośrodka oddechowego i naczynioruchowego. Na szczycie tych środków autor stawia koraminę, która jest w możności usunąć niebezpieczeństwo wskutek porażenia ośrodka oddechowego i naczynioruchowego Ona dominuje nad kamforą dzięki łatwej resorbcji, nad innemi zaś środkami nasercowemi, dzięki rozległości zastosowania terapeutycznego, możności zastosowania dużych dawek i zupełnego braku niebezpieczeństwa. Najszybsze i najlepsze działanie otrzymuje się przez wstrzyknięcie dożylne 5 — 15 cm^3. Efekt niekiedy jest imponujący: chory zupełnie nieprzytomny w ciągu paru sekund przychodzi do siebie, zaczyna poruszać się, kichać, głośno oddychać i wreszcie mówić. Twarz zaczerwienia się, tętno się wzmacnia odruchy powracają. Autor podkreśla, że w zaburzeniach, wyżej wymienionych koramina winna być zawsze stosowana.

Dr. F. Mikulska.

———:o:———

BECKER. *Przyczynek do zagadnienia dychawicy.* (Ein Beitrag zum Asthmaproblem). Therapie der Gegenwart Nr. 4, kwiecień 1936 r.

Leczenie ciężkich napadów duszności jest często trudne, gdyż nie zawsze można rozstrzygnąć, czy duszność jest pochodzenia oskrzelowego, czy też odnośne objawy są wywołane przez niedomogę lub nerwicę serca. Nagłe wystąpienie duszności, której towarzyszy uczucie lęku,

świadczy przeważnie o dychawicy oskrzelowej. Jedynie w tym wypadku należy wykluczyć zawał płuc, który jest oporny na leczenie. Z innych znamiennych objawów napadu dychawicy oskrzelowej zasługują na uwagę wydłużony wydech, furczenia, świsty i wykrztuszanie, ciągnącej się plwociny. Dychawica oskrzelowa stanowi wyraz odczynu alergicznego. który ujawnia się stanem kurczowym oskrzeli. Często u osób starszych podobny zespół objawów łączy się ze znaczną sinicą, przyczem w mniejszym stopniu uwydatnia się wydłużenie wydechu. Omawiane napady duszności u osób starszych powstają na tle zastoju żylnego w płucach. Jednocześnie występuje niestosunek między prawą a lewą komorą, przyczem komora lewa nie posiada dostatecznej wydolności, aby uruchomić nagromadzoną w płucach krew. Przemijająca niedomoga lewo - komorowa jest uwarunkowana rozlanem zwyrodnieniem mięśnia sercowego (bardziej zaznaczonem w sercu lewem) i lekkim skurczem naczyń wieńcowych powoduje napady dławicy piersiowej, które ujawniają się śmiertelnym lękiem, występowaniem potów i silnym bólem. U osobników nerwowych spostrzega się niekiedy zespoły mieszane dławicy piersiowej i dychawicy oskrzelowej.

Współistnienie objawów dławicowych i dychawicy staje się zrozumiałem, jeżeli uwzględnić tę okoliczność, iż zarówno oskrzela jak i naczynia wieńcowe są jednakowo unerwione przez układ nerwowy roślinny. W ten sposób bodźce nerwowe działają jednocześnie na serca i płuca. — Zapobieganie omawianym napadom polega na obniżeniu gotowości do stanów kurczowych i usunięciu czynników wyzwalających. Leczenie napadów jest oparte na stosowaniu środków porażających nerw błędny i pobudzających nerw współczulny. Zdaniem autora astmolizyna działa nie tylko na oskrzela, lecz również na naczynia wieńcowe. Oczywiście, że działanie astmolizyny jest bardziej wydatne w przypadkach przewagi objawów oskrzelowych. Astmolizyna jest głównie środkiem objawowym. Dla skutecznego zapobiegania konieczne jest krytyczne a ścisłe rozpoznanie.

Swoiste zapobieganie napadom polega na stosowaniu alergenów, co niekiedy, napotyka na znaczne trudności. Śród leków nieswoistych obniżających nadwrażliwość najskuteczniejszym jest wapń stosowany dożylnie. Pomyślnie działa również djeta bezsolna. Wapń można stosować dożylnie łącznie z anastylem (Anastil — wodny rozczyn przetworu kreozotu). Jednocześnie wskazane jest podawanie atropiny. W uporczywych przypadkach pomyślne wyniki osiągnięto zapomocą leczenia gorączkowego. Na leczenie fizykalne składają się inhalacje, masaże, gimnastyka oddechowa i diatermja krótkofalowa. Przy dychawicy sercowej wskazany jest krwioupust i podawanie środków nasercowych. Zapobieganie objawom dławicowym polega na stosowaniu dożylnych wstrzykiwań cukru gronowego, wapnia i eufiliny. We wszystkich przypadkach koniecz-

ne jest wyeliminowanie czynników wyzwalających. Niekiedy zmiana miejsca zamieszkania powoduje wyleczenie.

Dr. N. Szyk

———:o:———

H. KESSLER. Z Kliniki Uniwrs. we Wrocławiu. *Zmniejszenie bolesności porodu zapomocą rectidonu.* (Zentralblatt für Gyn. 25. IV. 36 r. Nr. 17).

Dawno dążyli położnicy do uzyskania bezbolesnych porodów bez szkody dla rodzącej i płodu. To doprowadziło do badań nad nowym środkiem. Użyto „rectidon" jest to najbliższy, wyższy homologon pernoctonu. Wypróbowano ten środek w tutejszej klinice na 100 przypadkach. 68 — pierwiastek, 32 — wieloródki. Działanie znieczulające rectidonu zależy od niesymetrycznej cząsteczki węgla. Największą trudność stanowiło zagadnienie w jakim momencie porodu zastosować rectidon.

Początkowo autor stosował przy rozwarciu ujścia zewnętrznego na 5-cio złotówkę. To jednak okazało się za wcześnie u pierwiastek. Autor szybko doszedł do przekonania, że nie należy kierować się wielkością rozwarcia ujścia. U pierwiastek słusznem jest zastosowanie rectidonu wtedy, gdy główka przeszła przez wchód większym odcinkiem: to odpowiada rozwarciu mniej więcej na dłoń; raczej u wieloródek można kierować się wielkością rozwarcia ujścia. U wieloródek stosują rectidon przy silnych bólach już przy rozwarciu na 2 — 3 cm. Nie daje się rectidonu tam, gdzie przypuszczamy możliwość nieprawidłowego porodu np. przy niestosunku porodowym, przy przedwczesnym pęknięciu pęcherza (co przedłuża poród.) Preparat podaje się doodbytniczo. Rodzącą układamy na lewym boku, możliwie jak najdalej poza główkę, wprowadzamy do odbytnicy naoliwiony cewnik Nelatona. Strzykawką Record w czasie pauzy podajemy 10% rozczyn rectidonu. Aby cała ilość dostała się do odbytnicy dostrzykuje się 3 — 4 cm^3 powetrza, (tak, jak przy awerty-

nie), wyjmując cewnik polecamy pacjentce skurczyć zwieracz odbytu, lub też sami zadajemy sobie trud i w ciągu 3 — 4 bólów uciskamy odbyt.

Jeżeli cewka nie daje się przeprowadzić poza główkę, to wstrzykujemy rectidon nisko do odbytnicy. Przeważnie po 15 min. następuje resorbcja. Nie zauważono nigdy podrażnienia jelit. Autor początkowo stosował 7 — 8 cm. 10% roztworu, poczem podniósł dawkę do 12 cm, wrócił jednak do dawki 5 — 6 cm. Dawki zmniejszył, spostrzegłszy, że większa ilość rectidonu nie wpływa bardziej znieczulająco, ale osłabia bóle. Nie zauważono związku między ilością środka uspokajającego, a wagą rodzącej. Jeżeli zużyta ilość rectidonu okazuje się zbyt mała, to bez żadnych obaw można dodać 3 — 4 cm. Działanie rectidonu występuje po 15 min; czasem efekt występuje już po 5 min., najpóźniej po 30 minutach.

Zanim rodząca uśnie skarży się na uczucie zmęczenia i zimna. Występują zaburzenia wzrokowe — przedmioty wydają się oddalone i widzenie podwójne. Mowa staje się przewlekła.

Objektywnie stwierdza się drżenie mięśniowe na całem ciele oraz oczopląs. W czasie bólu pacjentka budzi się, aby w czasie pauzy natychmiast zasnąć. Nie zauważono zaburzeń w systemie naczynioruchowym. Wahania ciśnienia wynoszą 5 mm. Hg co jest w granicach błędu. Najwybitniejsze działanie rectidonu występuje po 45 minutach, potem opada i mija w ciągu 3 — 4 godzin. W przypadku, w którym pacjentka spała zbyt długo (10 godzin) sen przerwano, podając 5 cm^3 domięśniowo i 5 cm^3 dożylnie. Często w czasie przerzynania się główki, pacjentki są bardzo niespokojne — zdarzały się rodzące, których nie można było utrzymać w łóżku i 3 — 4 osoby nie mogły dać sobie rady z niemi, ale były to kobiety, które zachowywały się niespokojnie jeszcze przed otrzymaniem rectidonu.

Wyniki otrzymane są następujące: 8 przypadków, pacjentki bardzo niespokojne, z trudem utrzymano je w łóżku.

W 60 przypadkach uzyskano zniesienie odczuwania bólów, w dalszych 8 przypadkach wystąpiło działanie usypiające z następową amnezją. W 12 przypadkach uzyskano znieczulenie. W 12 przypadkach nie uzyskano żadnego efektu Powodzenie uzyskano w 80%.

W 5 przypadkach działanie rectidonu trwało tak długo, że zeszyto krocze po porodzie, czego pacjentki zupełnie nie czuły.

Przy stosowaniu rectidonu nie spostrzega się nigdy zaburzeń oddechowych. Odruchy są zachowane i pacjentki są zorjentowane co do czasu i miejsca. Rzadko kiedy występują wymioty. W 20% wystąpiło osłabienie bólów, które pokonywano injekcjami z wyciągu tylnego płata przysadki.

W ostatnim okresie porodu pacjentki budzą się, by natychmiast po porodzie zasnąć. Na 100 przypadków, w których zastosowano rectidon spostrzeżono 3 przypadki atonji, z tych dwa bardzo ciężkie. Autor kładzie je na karb rectidonu.

Dzieci rodzą się pełne życia. W przypadkach, gdzie zachodzi konieczność operacyjnego ukończenia porodu ilość zużytego eteru względnie chlorku etylu, użytego do narkozy jest niezmiernia mała. Evipan jest niewskazany ze względu na możliwość kumulacji.

Zwykle po porodzie pacjentka śpi 2 — 6 godzin i często nie pamięta o przebytym porodzie. Autor przestrzega przed używaniem rectidonu w warunkach pozaszpitalnych, czy pozaklinicznych. Lekarz musi się stale znajdować w pobliżu.

Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

E. ARERAD i J. FUEQUET. *Serce u osobników z niedoczynnością tarczycy.* (Le Monde Médicinal Nr. 882/36 r.).

Autor rozpatruje 1) zmiany radjologiczne i elektrokardjograficzne w sercu u osobników z niedoczynnością tarczycy.

2) Niedomogę sercową u tych osobników.

3. Zaburzenia sercowo - naczyniowe, wywołane u tychże osobników leczeniem preparatami tarczycy.

Co się tyczy p. 1) to Zondek stwierdza: a) zmniejszenie amplitudy tętnienia serca, b) rozszerzenie jam serca, c) zmniejszenie amplitudy wszystkich załamków krzywej elektrokardjograficznej oraz ujemny załamek T w 1 odprowadzeniu.

Badania innych autorów nie są zgodne pod tym względem Jedni znajdują powyższe zmiany często, inni rzadziej.

Patogeneza tych zaburzeń nie jest zupełnie znana.

2) Niedomoga sercowa według licznych statystyk występuje dość rzadko w niedoczynności tarczycy.

3) Leczenie niedomogi tarczycy preparatami tarczycy może wywołać zaburzenia sercowe, a nawet dławicę piersiową. Postępowanie lecznicze musi być wobec tego przeprowadzone b. ostrożnie, zwłaszcza u osobników w starszym wieku. Notowano również w czasie leczenia przypadki migotania przedsionków i zespołu Adams-Stokesa.

W obrzęku śluzakowym szybkość krążenia krwi i rytm serca są zwolnione. Pod wpływem podawania tarczycy stosunki te szybko się zmieniają, co stanowi dla serca wielkie obciążenie i może spowodować zwłaszcza u osobników z miażdżycą naczyń wieńcowych objawy dławicy piersiowej.

Dr. Irena Grodzieńska.

———:o:———

W. GLOOR — MEYER. *Leczenie białaczek.* (Therapie der Gegenwart 4, 1936).

Autor, nadmieniając o niemożności leczenia przyczynowego, zajmuje się w niniejszym artykule jedynie leczeniem objawowem. Przytacza charakterystyczne cechy białaczek, ogromne znaczenie wczesnego rozpoznawania choroby i podział kliniczny. Jeśli chodzi o leczenie rozróżnia tylko podział na ostre i przewlekłe. Istota leczenia polega na zmniejszeniu lub usunięciu przerostu układu chłonnego lub szpikowego. Że środków, które stoją do dyspozycji wymienia: arsen, promienie X, rad i inne substancje radjoaktywne. W przewlekłych białaczkach, gdzie przerastająca tkanka jest rozsiana po całem ciele, dobrze działają środki, które przenoszą się w organiźmie drogą krwionośną. Jest to arsen. Należy go stosować długo w zwiększających i zmieniających się dawkach. Dobre jest połączenie dawkowania doustnego i pozajelitowego (arsacetini 0,05 2 — 3 razy dziennie lub arsyleni 1 — 2 tabletek 2 — 3 razy dziennie, podskórnie acidi arsenicosi 0,001 do 0,01 a nawet 0,015, później dawki zmniejszające się). Najlepsze wyniki daje arsen w szpikowej białaczce, gorszy w limfatycznej. Naświetlania promieniami Roentgena używane są przeważnie w formie leczenia miejscowego (śledziona, szpik, gruczoły). Pożądane są naświetlania frakcjonowane, wzrastające w długich posiedzeniach i długich serjach. Zwykle na jedno pole daje się 50 — 100 R, rzadziej 200 R. Bardzo ważnem jest ciągła kontrola obrazu krwi. Promienie Roentgena używane są zwykle w sprawach przewlekłych i to bez powikłań. Przy sprawach rozsianych nadzwyczajne wyniki daje t. zw. kąpiel t. jest naświetlanie promieniami R równocześnie całego ciała. Chwilowo jest to mało używane ze względu na trudności techniczne. Ze względu na silny rozpad białych ciałek, zachodzących w trakcie leczenia, zaleca się dla zwiększenia wydolności nerek naświetlania promieniami X lub djatermja.

Rad działa również dobrze jak promienie X a nawet poprawa po kuracji trwa znacznie dłużej. Używany jest w formie telecurieterapji, znajduje się tylko w odpowiednio wyposażonych zakładach.

Mezotorjum i emanacja radowa, wprowadzone dożylnie, działają nadzwyczaj szybko i silnie. Już 2 — 3 dnia następuje silny spadek białych ciałek i poprawa trwa przez długi czas. Dużo jest jednak przeciwników tej metody. Przedstawiają oni niebezpieczeństwa wstrzykiwań dożylnych w tem, że nie zna się dawkowania i nie wie się jakie zmiany przechodzi ciało promieniotwórcze w organiźmie. Sam autor wstrzykiwał 300 — 900 jednostek elektrostatycznych.

Na zakończenie autor podaje krótko metodę leczenia poszczególnych form białaczek

Ostra białaczka: naświetlanie całego ciała (kąpiel), frakcjonowa-

ne naświetlania śledziony, szpiku i ewentualnych nacieków w okolicy jamy ustnej. Wstrzykiwanie arsenu począwszy od 2 — 3 mg. do 15 mg. dziennie. Zwalczanie wtórnej niedokrwistości i powstałych w związku z tem owrzodzeń (szczególnie śluzówki) zapomocą przelewań krwi (300 cm. co 2 — 3 dni). Dieta lekko strawna, zawierająca witaminę E. i preparaty wątroby.

Przewlekłe białaczki — szpikowa: idealnym środkiem jest arsen, stosowany naprzemian doustnie i pozajelitowo.

Z naświetlaniami należy się wstrzymać, chyba, że stwierdza się b. dużą śledzionę. Dobre jest leczenie klimatyczne wysokogórskie, łącznie z heljoterapją.

Limfatyczna przewlekła: b. dobrze wpływają naświetlania R frakcjonowane śledziony i gruczołów. Ogólne leczenie jak w ostrych.

Dr. M. Landesman.

———:o:———

E. SCHLIEPHAKE. *Podstawy i wyniki leczenia substancjami śledzionowemi.* (Grundlagen und Ergebnisse einer Therapie mit Milzstoffen). Therapie der Gegenwart Nr. 4, kwiecień 1936).

Istnieją liczne spostrzeżenia o pomyślnem działaniu wyciągów śledziony w przebiegu zimnicy, duru, nerwic wegetatywnych, chorób skórnych, przebiegających z eozynofilją. Dotychczas nie umiano dokładnie miareczkować działania wyciągów śledziony. Dopiero ostatnio w wyniku badań nad choliną i adrenaliną opracowano metodę miareczkowania wyciągów śledziony. Autor na podstawie badań nad choliną i adrenaliną stwierdził antagonizm między tarczycą a śledzioną.

Po wycięciu tarczycy wystąpiła wzmożona pobudliwość układu przywspółczulnego i obniżona pobudliwość układu współczulnego. W związku z powyższemi zmianami cholina ujawniła silniejsze działanie na układ krążenia niż adrenalina. Po wycięciu śledziony wyniki doświadczeń z choliną i adrenaliną wypadły odwrotnie niż po wycięciu tarczycy. Po wstrzykiwaniu choliny występują u normalnego zwierzęcia spadek ciśnienia i zwolnienie tętna jako wynik pobudzenia nerwu błędnego.

Po wycięciu tarczycy odczyn na cholinę jest znacznie silniejszy. Jeżeli po wycięciu tarczycy usunąć również śledzionę, wówczas pobudliwość względem choliny ulega obniżeniu. Wstrzykiwanie wyciągów śledziony u zwierząt po wycięciu tarczycy i śledziony ponownie wywołuje wzmożoną pobudliwość względem choliny. To samo vice versa dotyczy adrenaliny. W tym wypadku następują obniżenie pobudliwości na adrenalinę po wycięciu tarczycy, przywrócenie normalnej pobudliwości po wycięciu śledziony i ponowne obniżenie pobudliwości

względem adrenaliny po podaniu wyciągów śledziony. Po podaniu wyciągów śledziony wykazano wzmożenie pobudliwości względem choliny i obniżenie pobudliwości względem adrenaliny. Na powyższych danych oparto miareczkowanie wyciągów śledziony. Podstawą miareczkowania jest własność wyciągów śledziony do uczulenia nerwu błędnego i do odczuleniu nerwu współczulnego.

Prócz działania na układ roślinny do własności czynnych śledziony należą również wzmożenie fagocytozy i korzystny wpływ na tworzenie się ciał obronnych. Dzięki metodom miareczkowym zdołano uzyskać czynny wyciąg śledziony prosplen. Autor stosował prosplen w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. Codziennie lub co 2-gi dzień wstrzykiwano chorym 2 cm^3 prosplenu Po 8-miu dniach występowała znaczna poprawa, poczem chorzy szybko odzyskiwali zdolność do pracy Opisaną metodę stosowano w 200 przypadkach różnych schorzeń żołądka. W 80% chorych osiągnięto poprawę W razie nawrotów, chorym podawano prosplen w kroplach. W przypadkach podrażnienia żołądka (Reizmagen) uzyskano również wyleczenie zapomocą prosplenu. Z innych chorób skutecznie leczonych prosplenem należy wymienić dychawicę oskrzelową i katar sienny.

Działanie wyciągów śledziony tłumaczy się przestrojeniem roślinnego układu nerwowego. Jednak pomyślny wpływ na przebieg dychawicy oskrzelowej znajduje się w sprzeczności z danemi doświadczalnemi Wyciągi śledziony wzmagają pobudliwość nerwu błędnego, więc należałoby się spodziewać pogorszenia w przebiegu dychawicy oskrzelowej, tym — czasem wbrew przewidywaniom przypadkowo ujawniono korzystny wpływ powyższych wyciągów na napady dychawicy.

Tę sprzeczność jedynie możnaby wytłumaczyć w ten sposób, że wyciągi śledziony odmiennie działają na ustrój chory niż w warunkach doświadczalnych.

Z innych schorzeń, nadających się do leczenia wyciągami śledziony należy wymienić grypowe zapalenie płuc, płonicę, skazy krwotoczne i krwawiączkę.

Dr. med. N. Szyk.

———:o:———

E. G. VRTIAK i R. S. Lang. *Leczenie arthritis chronica witaminą D.* (The Journal of tre Amer. Med. Assoc Kwiecień, 1936 r.).

Artykuł ten oparty jest na obserwcaji 20-tu przypadków zanikowego, przewlekłego zapalenia stawów, leczonych dużemi dawkami witaminy D. W dwóch przypadkach tylko uzyskano znaczną poprawę, w 6-ciu umiarkowane polepszenie, w 4-ch nieznaczną poprawę, a w 8-miu przypadkach leczenie to nie wywarło żadnego wpływu na przebieg choroby.

Leczenie polegało na podawaniu dużych dawek viosterolu (150.000—250.000 jednos. witaminy D dziennie), w ciągu kilku miesięcy U wszystkich chorych wystąpiły podczas tego leczenia nudności, a w niektórych przypadkach częste oddawanie moczu i moczenie nocne.

Przypadki te obejmowały osobników płci męskiej i żeńskiej w wieku od 23 do 60 lat. Wyniki leczenia witaminą D. okazały się nieco lepsze niż przy stosowaniu innych metod leczniczych, ograniczających się najczęściej do leczenia objawowego. Najgorsze wyniki dała ta metoda u osobników niedożywionych i niedokrewnych.

Prześwietlenie promieniami Roentgena przed zastosowaniem leczenia, wykazało zanik kości. Powtórne prześwietlenie po leczeniu, nie wykazało żadnej poprawy w tym kierunku. Przemawiałoby to za tem, że witamina D. nie sprzyja odkładaniu się wapnia w ustroju.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

F. TAYLOR. *W sprawie leczenia oparzeń taniną.* (The Jour. of the Amer. Med. Assoc Kwiecień, 1936 r.)

Tanina jest obecnie środkiem bardzo popularnym, przy leczeniu ciężkich oparzeń. Osiągnięte wyniki zachęciły do szerszego stosowania taniny, to też leczy się nią obecnie lekkie oparzenia II stopnia, tymczasem doświadczenie uczy, że w lżejszych przypadkach tkanina jest raczej szkodliwa.

Uraz termiczny, jakim jest oparzenie, powoduje martwicę naskórka, mniej lub bardziej rozległą. Jeżeli uszkodzenie dotyczy tylko powierzchownych warstw, następuje szybko regeneracja, dzięki temu, że zachowana jest warstwa rozrodcza. Regeneracja naskórka może nastąpić także wtedy, gdy warstwa rozrodcza również uległa martwicy, ale zachowany jest żywy nabłonek brodawek włosowych lub gruczołów łojowych. Teoretycznie, resztki gruczołów potowych mają też posiadać zdolność do proliferacji. Praktycznie nie zostało to jednak potwierdzone. Takie oparzenie, w którem nastąpiło uszkodzenie zarówno warstwy rozrodczej, brodawek, włosów i gruczołów potowych spotyka się stosunkowo rzadko.

Zwykle stosowana 5% tanina wywołuje utrwalenie górnych warstw zdrowego naskórka, rzadko zaś uszkadza warstwy niżej leżące. Inaczej przedstawia się działanie taniny na naskórek uszkodzony przez oparzenie, tu tanina działa znacznie szybciej, przyczem działanie to nie ogranicza się tylko do powierzchownych warstw naskórka lecz uszkadza także warstwy głębiej leżące.

Powszechnie utrwaliło się błędne mniemanie w sprawie działania taniny: przyjmuje się mianowicie, że tanina działa wyłącznie na uszko-

dzone lub martwe tkanki. Warstwa zrogowaciała stawia wprawdzie opór dalszemu działaniu taniny, ale ostatecznie, warstwa ta zostaje uszkodzona i wówczas jest wolny dostęp do warstwy rozrodczej, którą tanina również uszkadza. W ten sposób niszczy tanina te komórki, od których zależy regeneracja naskórka. Łatwo zresztą wykazać na drodze doświadczalnej, zdolność taniny do garbowania żywego naskórka.

Autor sądzi, że w leczeniu oparzeń lżejszego stopnia należy unikać stosowania środków niszczących elementy rozrodcze naskórka. Tanina powinna znaleść zastosowanie tylko w ciężkich, zagrażających życiu chorego przypadkach. Znaczne obniżenie śmiertelności od chwili zastosowania taniny w leczeniu ciężkich oparzeń, ma zależeć według autora, nietyle od danego działania taniny, ile od większego zainteresowania ze strony lekarzy, umiejętnego opanowania szoku i doprowadzania płynów.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

G. WEILL. *Gruźlica oczu a leczenie sanatoryjne.* (La Presse Médicinale, Marzec, 1936 r.).

Zainteresowanie okulistów gruźlicą znalazło swój wyraz na międzynarodowym kongresie oftalmologów w Madrycie w 1933 roku, na którym dużą uwagę poświęcono gruźlicy oczu.

Gruźlica oczu dotyczy głównie jagodówki (iridocyclitis, irido-chorioiditis, chorioiditis) i występuje albo pod postacią gruzełków, albo, co zdarza się częściej, jako rozlane zmiany zapalne. Inne części oka nie wchodzą tu prawie w rachubę.

Żeby zrozumieć znaczenie tego zagadnienia dla oftalmologji, wystarczy przypomnieć, że gruźlicze schorzenia oczu spotykają się najczęściej, dają nawroty, prowadzą często do ślepoty, a co najważniejsze dotyczą głównie osobników młodych, albo też ludzi w sile wieku Najtrudniej różnicować gruźlicę z kiłą, często też pozostaje sprawa etjologji nierozstrzygnięta.

Gruźlicy oczu bardzo rzadko towarzyszy gruźlica czynna, lub ewolutywna innych narządów, radjologicznie więc rzadko można stwierdzić tylko jakieś dyskretne zmiany we wnękach.

Badania anatomo-patologiczne są bardzo nieliczne; stwierdzano zawsze typową budowę gruzełka, ale bardzo rzadko prątki Kocha.

Niezależnie od tych trudności rozpoznawczych w 60% do 90% przypadkach iridocyclitis rozpoznaje się gruźlicze tło schorzenia (szkoła szwajcarska, austrjacka, niemiecka i francuska).

To też w każdym przypadku, w którym niema danych na kiłę

i próbne leczenie cjankiem rtęci nie daje poprawy, należy przejść poza leczeniem miejscowem. do leczenia przeciwgruźliczego.

Autor ma na celu zwrócenie uwagi zarówno okulistów jak i innych lekarzy, mających z tym materjałem do czynienia, na konieczność takiego postępowania jak przy gruźlicy narządów wewnętrznych: chodzi tu o pobyt na świeżem powietrzu, zwłaszcza wysoko, w górach. Autor proponuje utworzenie specjalnych pawilonów dla chorych na gruźlicę oczu. gdyż chorych tych tylko w 2% przypadków wykazać można zmiany gruźlicze w płucach, zresztą wskazane jest także to odosobnienie ze względów psychologicznych. Autor jest zdania, że sanatoryjne leczenie tych chorych pod kontrolą okulisty, posiadającego doświadczenie w sprawach gruźliczych da bardzo dobre wyniki, zwłaszcza, że dotychczasowe próby w tym kieruku dały rezultat bardzo zachęcający.

Dr. B. Szalita.



Prof. Dr. PAOLO STANGANELLI, (1 asystent w I Klin. Chor. Wewn. Król. Uniwersytetu i kierownik Sanatorjum S. M. della Vita w Neapolu). *Kliniczne znaczenie i leczenie kaszlu w gruźlicy płucnej.* (Rassegna di Terapia e Patologia Clinica, 1936 r. Nr. 2, str. 124/144).

Autor zajął się kwestją, w jakich przypadkach należy uspakajać kaszel u gruźlików i doszedł do wniosku, że we wszelkich wypadkach, w których kaszel nie służy do wydalania obfitej plwociny, lecz jest raczej wyrazem wzmożonej pobudliwości błony śluzowej tchawicowo-oskrzelowej, zwalczanie kaszlu jest nieodzowne. Gdy, przeciwnie, występuje kaszel z obfitą plwociną. natenczas podawanie środków uspokajających jest nieodpowiednie, lub nawet szkodliwe. Dla zwalczania kaszlu konieczne jest stosowanie gimnastyki oddechowej, wspartej odpowiedniemi środkami uspokajającemi.

Po wyliczeniu wielu, będących w użyciu, leków, uspokajających kaszel, autor zaznacza, że na jego oddziałach stosowany był głównie *Dicodid* „Knoll" (Dihydrocodeinon), przeważnie w postaci tabletek, ale w ciężkich przypadkach, w których zachodzi potrzeba szybkiego działania, również i w zastrzykach. Jego dwuletnie doświadczenia z tym lekiem dotyczyły kilkuset chorych i wykazały, że 0,005 g. Dicodidu odpowiadają pod względem skuteczności około 0,03 g. kodeiny i 0.01 g. heroiny.

Działanie, uspokajające kaszel, występowało zawsze szybko, naogół po 5 minutach, rzadziej po 10-ciu i trwało 5 — 7 godzin. Wystarczało przeto zawsze podawanie 3-ch tabletek dziennie w ciągu 24-ch godzin dla utrwalenia spokoju i odpoczynku, oraz poprawy snu i trawienia pacjen-

tów. Tylko w przypadkach, niezwykle ciężkich, najczęściej powikłanych swoistem zapaleniem krtani, trzeba było powiększyć liczbę tabletek do 4-ch. Dicodid chorzy przekładali nad kodeinę i inne leki z powodu jego większej skuteczności.

Środek ten nietylko poprawia sen, który u kaszlących chorych zwykle jest niespokojny, ale działa zbawiennie także i na wymioty ,łatwo występujące u tego rodzaju chorych. Zwalcza również krwioplucie, uspokaja bowiem krwawiące płuco w taki sam sposób, jak stosowana dotychczas w tym celu morfina i sprowadza uspokojenie psychiczne chorych, zazwyczaj bardzo podrażnionych i lękliwych w każdym przypadku krwawienia. We wszystkich przypadkach suchego, uporczywgeo kaszlu należy wspierać Dicodid zwykłemi lekami wykrztuśnemi, rozrzedzającemi i odkażającemi.

Dzięki działaniu, uspokajającemu kaszel, jakoteż skuteczności analgetycznego składnika może Dicodid z korzyścią być stosowany przed i po napełnieniu gazem przy sztucznej odmie, zarówno jak przy opróżniającej punkcji opłucnej, torakotomji i wycięciu nerwu przeponowego, oraz naogół we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest wywołanie lekkiej euforji.

Autor podkreśla z naciskiem, że Dicodid nie wywiera przykrych działań ubocznych, jak inne przetwory makowca i znoszony jest dobrze również i przez kobiety, zaleca wszelako nie podawać tego leku (narówni z innemi przetworami makowca), przy czczym żołądku, ponieważ mogą wtedy wystąpić wymioty. Przyzwyczajenia ani nałogu autor nie spostrzegał w żadnym przypadku.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

KOMUNIKAT INFORMACYJNY № 48.

(Maj, 1936 r.).

1) *Znaczenie wychowania fizycznego w fabryce.*

Kilka zakładów przemysłowych w Polsce zapoczątkowało na swym terenie akcję wychowania fizycznego wśród robotników i robotnic. Doniosłą tę inicjatywę oświetla czasopismo „Zdrowie publiczne".

„Szereg Instytutów naukowych — powiada się tam — jak Instytut Fizjologji Pracy Fundacji Rockefellera (New-York), Zakład Doświad-

czalny Fizjologji Pracy Liptona w Anglji, Instytuty Badawcze przy Komisarjacie Zdrowia i Komisarjacie Pracy w Rosji Sowieckiej wykazały, że wychowanie fizyczne, włączone w proces produkcji, polepsza stan zdrowia pracowników, podnosi ich samopoczucie, zwiększa dokładność i wydajność pracy.

Dodatnie działanie wychowania fizycznego przejawia się również i w dziedzinie walki z chorobami zawodowemi. Wzmacnia ono organizm i zwiększa jego odporność na szkodliwości zawodowe. Wychowanie fizyczne działa zapobiegawczo nawet w wypadkach narażenia na zatrucia zawodowe, gdyż celowo zastosowane ćwiczenia fizyczne pobudzają funkcje obronne organizmu. Stwierdzono również, że wychowanie fizyczne robotników obniża liczbę wypadków przy pracy dzięki rozczepiania zdolności manipulacyjnych, zręczności i koordynacji ruchów.

Ćwiczenia fizyczne, prowadzone w zakładach przemysłowych polegają zwykle na gimnastyce przed pracą, po pracy i w czasie przerw. Muszą być dostosowane do wieku, płci i rodzaju pracy, aby wyrównywały działanie czynników szkodliwych, związanych z danym rodzajem pracy zawodowej. Jest rzeczą pożądaną, ażeby wychowanie fizyczne w fabryce objęło także inne elementy kultury fizycznej, jak organizowanie obozów, wycieczek i urlopów.

II. *Odkrycie uczonego angielskiego w walce z zawodowym rakiem skóry.*

W sprawozdaniu Międzynarodowego Biura Pracy o postępach państw w dziedzinie higjeny pracy podana jest interesująca wiadomość o odkryciu przez angielskiego uczonego dr. Twort'a, czynnika wywołującego raka zawodowego skóry wśród tkaczy angielskich.

Ciężkie to schorzenie obserwowano oddawna u robotników, zatrudnionych w przemyśle bawełnianym przy t. zw. selfaktorach. Maszyny te oliwione są smarami, wytwarzanemi z łupków mineralnych, których duże złoża znajdują się w Szkocji. Selfaktory wykonując szybkie ruchy obrotowe rozpryskują dokoła cząsteczki smarów, tak że odzienie robotników, zatrudnionych przy tych maszynach. przesycone jest smarami.

Szkockie oleje mineralne działają drażniąco na skórę i po pewnym czasie rozwija się u osób wrażliwych rak skóry. W naukowej literaturze angielskiej opisano ponad 200 wypadków takiego raka.

Dr. Twort, który jest kierownikiem pracowni badawczej komitetu walki z rakiem w Manchestrze prowadził od dłuższego czasu poszukiwania nad czynnikieh rakotwórczym w olejach mineralnych. Udało mu się stwierdzić, że niektóre gatunki olejów mineralnych zawierają substancje chemiczne, należące do grupy węglowodorów cyklicznych i od ich obecności zależy zdolność do wywoływania raka prze zdany produkt.

Ponieważ substancje rakotwórcze występują nie we wszystkich gatunkach olejów mineralnych, istnieje, dzięki metodzie opracowanej przez dr. Twort'a możliwość rozróżnienia niebezpiecznych dla zdrowia gatunków oleju i niedopuszczenia do użycia ich przy selfaktorach. Zarówno więc teoretycznie, jak i praktycznie odkrycie d-ra Twort'a oznacza duży krok naprzód w walce z rakiem zawodowym.

Należy dodać, że rak zawodowy skóry występuje także u nas w Małopolsce Wschodniej w przemyśle naftowym, również wskutek osobliwych właściwości chemicznych niektórych gatunków ropy naftowej i jej produktów.

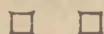
III. Jakie straty powodują wypadki przy pracy?

Niemiecki Zakład Ubezpieczeń od Wypadków przy pracy i chorób zawodowych podaje, z okazji 50-lecia swej działalności, interesujące cyfry strat, spowodowanych w Niemczech przez wypadki przy pracy. Codziennie ginie 16 robotników wskutek wypadków przy pracy, rocznie zaś 100.000 osób ulega cięższym wypadkom przy pracy, powodującym niezdolność do pracy. Koszta leczenia i rent dla ofiar wypadków, oraz wdów i sierot wynoszą rocznie 300 miljonów Mk.

Niemniejsze stosunkowo straty ponosi polski przemysł i społeczeństwo wskutek wypadków przy pracy. Rocznie ginie u nas 1.050 ludzi wskutek wypadków przy pracy, gospodarstwo zaś społeczne traci ogółem około 250 miljonów złotych rocznie.

Cyfry te najlepiej ilustrują znaczenie akcji bezpieczeństwa i higjeny pracy w przemyśle.

T R E Ś Ć



REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.